



# Sign-up form

## Форма записи в страховой план

Если вы запишетесь по телефону, то вам не нужно заполнять эту форму! Позвоните по телефону 1-800-562-3022 без промедления!

(Телефон только для лиц с нарушением слуха или речи (TTY/TDD): 1-800-848-5429)

Просто, как 1-2-3!

1.

Все ваши возможности указаны здесь. Отметьте один квадратик, чтобы указать каким образом вы хотите получать медицинское обслуживание для себя и для других людей, указанных в вашей медицинской карточке-удостоверении личности DSHS:

2.

Какого врача вы хотели бы иметь в качестве **PCP** для этого человека? (Все врачи, которых вы указали в качестве PCPs, должны работать в этом страховом плане. Если вы не уверены, позвоните врачам и спросите, работают ли они в страховом плане, который вам нужен.)

Имя: \_\_\_\_\_ Имя PCP: \_\_\_\_\_

3.

Есть ли среди лиц, указанных в вашей медицинской карточке-удостоверении личности беременная женщина или человек, которого скоро должны оперировать?

Беременная женщина? Кто? Имя: \_\_\_\_\_ Предполагаемая дата рождения ребёнка: \_\_\_\_\_

Операция? Кто? Имя: \_\_\_\_\_ Предполагаемая дата операции: \_\_\_\_\_

У какого врача или другого специалиста лечится этот человек?

Имя врача: \_\_\_\_\_ Телефон офиса: \_\_\_\_\_

Есть ли среди лиц, указанных на вашей медицинской карточке-удостоверении, кто-либо с особым заболеванием или отставанием в развитии?

Да \_\_\_\_\_

Пожалуйста, укажите имя(имена) этого(-их) человека(людей) и его(их) особое(-ые) заболевание(-я):

Сообщите нам о своем выборе.

САМЫЙ ПРОСТОЙ способ - это позвонить нам по бесплатному телефону 1-800-562-3022

с понедельника по пятницу с 7:00 утра до 6:00 вечера

Вы можете в любое время воспользоваться нашей системой для сообщений.

Телефон для лиц с нарушением слуха или речи (TTY/TDD): 711 или 1-800-848-5429

Или снова сложите форму так, чтобы слова "Business reply" были снаружи, и пришлите ее обратно нам (марка не требуется). Или пришлите нам форму по факсу 360-725-2144.